



COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (prestaciones)

Apply Patient Label

Al coordinar las prestaciones entre todas las compañías de seguros, el asegurado recibe todas las prestaciones posibles.
* Los datos de este formulario deben coincidir con la información de la tarjeta del seguro médico*

Apellido del paciente: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

SEGURO PRINCIPAL:

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Relación con el paciente: Paciente mismo Padre o madre Padrastro o madrastra Tutor Otro _____

Teléfono del titular de la póliza: _____ Empleador del titular de la póliza: _____

Plan de seguro principal: _____ Núm. de identificación del miembro o titular de la póliza: _____

Núm. de grupo _____

Dirección de facturación del seguro: _____ Teléfono del seguro _____

Nombre y fecha de nacimiento de ambos padres/representante legal	Nombre del padre/Rep. legal: _____	Nombre del padre/ Rep. legal: _____
	Fecha de nacimiento: _____	Fecha de nacimiento: _____

Correo electrónico del padre/representante legalmente autorizado: _____ Correo electrónico del padre/representante legalmente autorizado: _____

ENTREGUE UNA COPIA DE SU TARJETA DEL SEGURO MÉDICO Y UN DOCUMENTO PERSONAL CON FOTO AL EMPLEADO DE ADMISIÓN

Proporcione el ID de CRS (Servicios de Rehabilitación Infantil) (si corresponde) _____

OTRO SEGURO:

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Teléfono del titular de la póliza: _____ Empleador del titular de la póliza: _____

Otro plan de seguro: _____ Núm. de identificación del miembro o titular de la póliza: _____

Núm. de grupo _____

Dirección de facturación del seguro: _____ Teléfono del seguro _____

*****Si el paciente tiene otra cobertura y es hijo o dependiente, y los padres naturales están divorciados, no están casados o no viven juntos, por favor, complete lo que sigue.*****

Relación del miembro del otro seguro con el niño: Paciente mismo Padre o madre Padrastro o madrastra Tutor Otro _____

El niño vive con: Padre o madre Padrastro o madrastra Tutor Otra _____

Personas con custodia legal: Padre o madre Padrastro o madrastra Tutor Otra _____

¿Existe alguna sentencia judicial que disponga la responsabilidad principal de la cobertura médica? Sí No

Relación de la parte responsable designada en la sentencia: Padre o madre Padrastro o madrastra Tutor Otra _____

Nombre de la parte responsable: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

¿Tiene el paciente MEDICARE? SÍ NO

Si contestó que SÍ, ¿es Medicare el seguro principal? SÍ NO

Nombre de la persona cubierta por Medicare: _____ Fecha de nacimiento: _____

Núm. de ID de Medicare: _____

Parte A Fecha de entrada en vigencia Parte B Fecha de entrada en vigencia Parte D (Cobertura para medicamentos de venta con receta) Fecha de entrada en vigencia

Motivo de los derechos: Edad Fecha en que comenzó la discapacidad: _____

Discapacidad Primera fecha de diálisis: _____

Insuficiencia renal terminal Fecha del trasplante de riñón: _____

****Se debe completar el cuestionario del seguro complementario****

Firma de quien completa el cuestionario

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Relación con el paciente

